

ZARZĄDZENIE NR 126.2018
Wójta Gminy Grębobocice
z dnia 07.08.2018r.

w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na wyłonienie realizatora **rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu – mieszkańców gminy Grębobocice**

pod nazwą:

Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębobocice oraz zatwierdzenia projektu umowy.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2017r. poz. 1875 ze zm.) oraz art. 48 ust. 1 i art. 48 b, w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz.1938 ze zm.) oraz Uchwały nr XX/79/2015 Rady Gminy w Grębobocicach z dnia 24 listopada 2015 r. w sprawie realizacji „Programu Polityki Zdrowotne dla Gminy Grębobocice na lata 2016 - 2020”, zarządzam co następuje.

§ 1.

Ustala się szczegółowe warunki konkursu na realizację **Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębobocice** w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

§ 2.

Ustala się projekt umowy na realizację **Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębobocice** wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

WÓJTA GMINY
GRĘBOCICE

mgr inż. Roman Jabłoński

Załącznik nr 1
do Zarządzenia Wójta Gminy nr 126.2018
z dnia 07.08.2018r.

CZEŚĆ I

Na wyłonienie realizatora **Rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu – mieszkańców gminy Grębocice**

pod nazwą:

**Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń
w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice**

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. 76 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie z art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5, 6, 9 w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.)
4. Przedmiot konkursu	Przedmiotem konkursu jest: Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice Zakres realizowanego programu: - rehabilitację leczniczą mającą na celu terapię bólu przewlekłego; - zapewnienie normalnego funkcjonowania i realizowania przez chorych samodzielnie funkcji życiowych i czynności samoobsługowych lub z niewielką pomocą osób trzecich; - zapewnienie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób z rynku pracy i życia społecznego; - zapewnienie profesjonalnej rehabilitacji nastawionej na osiągnięcie wymiernych dla chorych rezultatów, w tym ograniczenia przyjmowania środków przeciwbólowych, usamodzielnienia się w czynnościach i funkcjach życiowych, przywrócenia możliwości wykonywania pracy zarobkowej i rolniczej; cel: 1) Program ma na celu usprawnianie pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu. Cele szczegółowe programu:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Przywracanie sprawności ruchowej pacjentów. 2. Poprawa dostępności do usług rehabilitacyjnych. 3. Usunięcie lub ograniczenie procesów chorobowych. 4. Zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby. 5. Zwalczanie bólu. 6. Zwiększanie siły mięśniowej i zakresu ruchu. 7. Przywracanie prawidłowych stereotypów ruchowych. 8. Zapobieganie niepełnosprawności. 9. Edukacja zdrowotna. <p>Odbiorcami programu będą mieszkańcy gminy Grębocice – zameldowane lub zamieszkujące z zamiarem stałego pobytu na terenie Gminy Grębocice</p> <p>b. Szacunkowa liczba osób, które skorzystają z programu – ok. 133 osób,</p>
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, ze zm.), które, świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.
6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	<p>Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. Profilaktyki Zdrowotnej pok. Nr 19 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice</p> <p>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 27.08.2018r. od poniedziałku do czwartku w godz. od 7.30 do 15.30 oraz w piątek od 7.30 do 14.00</p>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	<p>Oferty składa się w zamkniętej kopercie w formie pisemnej, czytelnej pod rygorem nieważności z napisem:</p> <p>wyłonienie realizatora rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu – mieszkańców gminy Grębocice</p> <p style="text-align: center;">pod nazwą:</p> <p>Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice</p> <p>- Nie otwierać przed terminem Posiedzenia Komisji Konkursowej, zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie, należy składać w terminie do dnia 27.08.2018r. do godziny 10.00 pok. nr 1 (Centrum Obsługi Mieszkańca) ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.</p> <p>O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.</p>
8. Termin rozpatrzenia ofert	Otwarcie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, które powinno odbyć się w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia, w którym upłynął termin składania ofert określony w ogłoszeniu o konkursie w siedzibie organizatora konkursu – Urząd Gminy Grębocice, pok. 19, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice.
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości publicznej po posiedzeniu Komisji w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia otwarcia ofert.

	Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	<p>Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na realizatora Programu Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice.</p> <p>Program będzie realizowany do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do 19.12.2018r.</p>
11. Zastrzeżenia zamawiającego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane. 2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny. 3. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez oferentów ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych a więc odległości placówek tj. wskazanie, co najmniej 2 lokalizacji placówek medycznych bezpośrednio graniczących z gminą Grębocice, w których będą wykonywane świadczenia medyczne w ramach programu.

CZĘŚĆ II

FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI

PROGRAMU:

1. Oferent (pełna nazwa)

.....
.....
.....

2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax. oferenta

.....
.....

3. Nazwisko i imię dyrektora instytucji (telefon kontaktowy)

.....
.....

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

.....
.....

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....
.....

6. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa i data wpisu)

.....
.....

7. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji realizację programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu

**Programu polityki zdrowotnej „Rehabilitacja
pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu –
mieszkańców gminy Grębocice”**

**Rehabilitacja pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu – mieszkańców gminy
Grębocice”**

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

a. Opis problem zdrowotny

a) Problem zdrowotny.

.....

b. Epidemiologia

(krótkie przedstawienie następstw choroby lub stanu zdrowia – wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględnieniem danych regionalnych, gminy lub powiatu, województwa)

.....

.....

2. CELE PROGRAMU

a. Cel główny programu:

.....

b. Cele szczegółowe programu:

.....

c. Oczekiwane efekty:

.....

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

- ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka)

.....

.....

.....
.....

3. ADRESACI PROGRAMU

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

.....
Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....
.....

Przy kwalifikacji osób do programu zostanie zachowana zasada równości dostępu do świadczeń programu dzieci spełniających kryteria kwalifikacji.

b. Tryb zapraszania do programu.

.....
.....

4. ORGANIZACJA PROGRAMU:

.....

5. Realizacja programu:

.....
.....

a) Planowane interwencje.

.....

b) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

.....
.....

c) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

.....
.....

d) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

.....
.....

e) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości.

.....

f) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

.....

Zobowiązania wykonawcy;

- Wykonawca programu zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem poufności danych osobowych,

g) Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu:

Koordinator programu -,

Kwalifikacje: *wykształcenie – specjalność, ukończone szkolenia*

.....

Osoby współpracujące – pielęgniarki – posiadanie odpowiednie wykształcenie *-prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (inne jeśli są wymienić jakie)*

.....

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

Warunki niezbędne do realizacji świadczeń:

Odpowiednio przystosowane zaplecze:

.....
.....

h) Dowody skuteczności planowanych działań.

- opinie ekspertów klinicznych na temat planowanych w programie działań, (podać dowody skuteczności),
- powołanie się na zalecenia kliniczne dotyczące postępowania w danym problemie zdrowotnym,
- dowody skuteczności działań, analizy

.....
.....

(Wskazane jest załączyć do oferty programowej

5. KOSZTY

Planowane koszty całkowite -

Koszt jednostkowy -

a) Źródła finansowania programu – środki finansowane z

b) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne. Zaplanowane na realizację zadań koszty gwarantują szeroki dostęp do programu dla wszystkich potencjalnych pacjentów

.....
.....

6. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)

.....

a) Ocena jakości świadczeń w programie

.....

b) Ocena efektywności programu

.....

7. Okres realizacji programu

Ankieta oceny jakości udzielanych świadczeń
Gmina Grębcice

data wypełnienia ankiety:.....

Proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni? Oceń w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza nisko a 5 bardzo dobrze):

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
----------	----------	----------	----------	----------

2. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę? Oceń w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza nisko a 5 bardzo dobrze):

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
----------	----------	----------	----------	----------

3. Czy jest Pan(i) zadowolona z czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych?

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
----------	----------	----------	----------	----------

4. Jak Pan(i) ocenia poziom personelu medycznego w trakcie wizyty?

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
----------	----------	----------	----------	----------

a) Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska)

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
----------	----------	----------	----------	----------

b) Komunikatywność (wyczerpujące przekazywanie informacji)

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
----------	----------	----------	----------	----------

c) Zapewnienie intymności

<u>5</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>
----------	----------	----------	----------	----------

5. Inne uwagi

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom

Wymagane załączniki do oferty:

Oferta powinna zawierać:

1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:

- treścią ogłoszenia,
- warunkami konkursu,
- warunkami umowy,
- oświadczenie o przechowywaniu dokumentacji medycznej uczestników programu przez okres 5 lat,
- oświadczenie, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami oraz to, że wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- **Oświadczenie, o wypełnieniu obowiązku informacyjnego przewidzianego w art. 13 lub art. 14 RODO**), wobec osób fizycznych,**
- wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego oraz kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- statut podmiotu leczniczego – nie dotyczy przedsiębiorców, zgodnie z art. 23 i 24 w związku z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160, ze zm.).
- kopię zaświadczenia NIP;
- kopię zaświadczenia REGON;
- kopię polisy ubezpieczeniowej OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację „za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczęć, datę i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;

Załącznik nr 3
Do Zarządzenia Wójta Gminy nr 126.2018
z dnia 07.08.2018r.

KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Grębocice, ul. Głogowska 3 , 59 – 150 Grębocice.
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Gminie Grębocice jest Pan Tomasz Wadas *kontakt:* : iodo@nsi.net.pl tel. (+48) 76 835 88 01.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na zadanie:

wyłonienie realizatora rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu – mieszkańców gminy Grębocice”

pod nazwą:

Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice

nr sprawy RO.8010.19.2018 prowadzonym w trybie konkursu ofert;

4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w celu realizacji ustawowych zadań Gminy Grębocice związanych z ogłoszonym konkursem ofert na realizację **Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice**

Nr sprawy: RO.8010.19.2018 na podstawie art. 14 ust. 1 w związku z art. 2 pkt. 3 i 4 art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym oraz wewnętrznych regulacji.

5. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

6. posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy

Nr sprawy RO.8010.14.2018

7. Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO.

Oświadczenie w związku z obowiązkiem informacyjnym

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o realizację programu polityki zdrowotnej w niniejszym postępowaniu.

Składamy niniejszą ofertę konkursową we własnym imieniu.

.....

Podpis osoby zobowiązanej do przekazania obowiązku informacyjnego

Projekt

UMOWA NRRO.OZ. 2018

zawarta dnia pomiędzy Gminą Grębocice, w imieniu której działa:

Roman Jabłoński – Wójt Gminy Grębocice

przy kontrasygnacie Barbary Jurcewicz – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

a

.....

reprezentowanym przez:

-

zwanego dalej **REALIZATOREM**, o następującej treści:

§1.

1. REALIZATOR zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice usług w zakresie **rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu – mieszkańców gminy Grębocice” pod nazwą: Program Polityki Zdrowotnej w Zakresie Zwiększania Dostępności do Świadczeń w Ramach Rehabilitacji Leczniczej dla Mieszkańców Gminy Grębocice**

za kwotę, która nie przekroczy zł. brutto słownie: (.....
..... zł. 0/100 brutto).

2. Oferta programowa **REALIZATORA** programu stanowi integralną część umowy.

3. **REALIZATOR** programu jest zobowiązany do podania, do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o planowanej realizacji programu.

§2.

Program będzie realizowany od do wyczerpania środków finansowych zabezpieczonych w umowie ale nie dłużej niż do

§ 3.

1. Jednostkowy koszt realizacji programu przypadający na jednego uczestnika programu wynosi zł.
2. Strony przewidują, iż przedmiotem niniejszej umowy zostanie objętych osób.
3. Określenie populacji uprawnionych do świadczeń zdrowotnych i zasady organizacji programu znajdują się w ofercie stanowiącej integralną część umowy.

§ 4.

1. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
2. **REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.
3. **REALIZATOR** zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie **ZAMAWIAJĄCEGO**.
4. **REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.
5. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w §1 ust. 1 odpowiedzialność ponosi **REALIZATOR**.

§ 5.

1. Kwota, o której mowa w § 1 ust. 1 będzie wypłacona przelewem na konto **REALIZATORA**, w okresie 14 dni od daty przedłożenia faktury/rachunku.
2. **REALIZATOR** zobowiązuje się do rozliczenia usługi, o której mowa w §1 i przedłożenia każdorazowo wraz z fakturą, sprawozdania opisowego.
3. Sprawozdanie powinno zawierać:
 - a) ilość osób objętych programem.
 - b) podanie miejscowości zamieszkania beneficjentów programu.
 - c) ilość i rodzaj wykonywanych zbiegów rehabilitacyjnych.

4. **REALIZATOR** zobowiązuje się po zakończeniu programu, w terminie 14 dni od wpływu faktury/rachunku rozliczeniowego, do przedłożenia rozliczenia - „Sprawozdanie z oceną wykonania zadania”, zrealizowanego w 2018r. będącego załącznikiem do niniejszej umowy.

§ 6.

1. Umowa może zostać przez **ZAMAWIAJĄCEGO** rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania.

2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy **REALIZATOR** zapłaci **ZAMAWIAJĄCEMU** karę umowną zgodnie z kodeksem cywilnym.

§ 7.

REALIZATOR nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 8.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 9.

Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których dwa otrzymuje **ZAMAWIAJĄCY**, jeden otrzymuje **REALIZATOR**.

ZAMAWIAJĄCY

REALIZATOR

Załącznik
do umowy nr2018
z dnia

SPRAWOZDANIE Z OCENĄ WYKONANIA ZADANIA

.....
.....

Nazwa Zadania

określonego w umowie nr, zawartej w dniu

Dane realizatora programu:

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program.....
 2. Dokładny adres jednostki.....
 3. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację.....
 4. Czas realizacji programu.....
 5. Charakterystyka populacji objętej programem.....
 6. Liczba osób, które skorzystały z programu.....
- Ogólna liczba objętych programem

Określić stopnia osiągnięcia głównego celu po realizacji programu.

7. Główny cel programu.

.....

8. Cele szczegółowe programu.

.....

Które z ww. celów szczegółowych zostały zrealizowane, a których nie zrealizowano i dlaczego?

.....

.....

Analiza statystyczna:

9. Realizatorzy zadań programowych, podać ich kwalifikacje i zrealizowane przez nich zadania.

Wykaz imienny	Kwalifikacje

10. Zakres zrealizowanych zadań programowych

Liczba przyjętych pacjentów i udzielonych świadczeń w ramach programu:

Rodzaj udzielonych świadczeń	Liczba uczestników
Badania	
Szczepienia	
Inne	

11. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)

a. Ocena zgłaszalności do programu –

b. Ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka).

.....

c. Ocena efektywności programu:

.....

.....

12. Forma i sposób realizacji oświaty zdrowotnej :

.....

Sposób przeprowadzenia akcji informacyjno- reklamowej skierowanej do adresatów

programu:

13. Wnioski i uwagi z realizacji programu:

.....

.....

14. ROZLICZENIE FINANSOWE PROGRAMU

Zestawienie faktur (rachunków)

L.p.	Numer Faktury/rachunku	Data wystawienia	Nazwa wydatku	Kwota (zł)

- ogólny koszt programu

- wysokość kwoty zabezpieczonej w umowie

- wykorzystanie środków finansowych w zł. w %

15. Proszę podać kwotę, która nie została wykorzystana w programie.

.....

16. W przypadku kiedy kwota nie została wykorzystana w całości podać powód.

.....
Załączniki:

1.

2.

Oświadczam (my), że:

- 1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny podmiotu,
- 2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione.

.....
Pieczęć podmiotu realizującego
program